FAITS ET REMARQUES

SUR LES TUMEURS

FONGUEUSES SANGUINES

OU

ANÉVRISMALES DES OS,

PAR M. ROUX.

—

Extrait du Bulletin de l'Académie royale de Médecine.
Numéros 9 et 10. — 15 et 28 février 1845.

—

PARIS,
IMPRIMERIE DE BOURGOGNE ET MARTINET,
RUE JACOB, 30.
1845.

WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

FAITS ET REMARQUES

SUR LES TUMEURS

FONGUEUSES SANGUINES

OU ANÉVRISMALES DES OS.

—

Il y a quelques mois, (c'était vers le milieu du mois de juillet dernier) je voulais présenter à l'Académie un homme qui avait été atteint d'une tumeur fongueuse sanguine artérielle, ou, pour autrement parler, d'une tu-

meur anévrismale de l'extrémité supérieure du tibia, et auquel j'avais pratiqué la ligature de l'artère crurale. Ayant obtenu par ce moyen la guérison complète de la maladie, je voulais faire constater cette guérison par l'Académie, et donner ainsi à un fait qui me paraissait alors et me paraît encore assez remarquable un caractère certain de vérité. Mais le malade a dû quitter Paris plus tôt que cela ne devait être. Je ne l'avais plus à ma disposition le jour où l'Académie devait m'accorder quelques instants pour que je le lui fisse voir, en même temps que, sans doute, j'aurais raconté verbalement ou dans une petite note écrite, les circonstances les plus saillantes du cas que cet homme m'avait présenté. Mes collègues se le rappelleront peut-être ; je me bornai à indiquer le cas, en exprimant le regret de n'avoir pu remplir qu'à demi le but que je m'étais d'abord proposé.

Depuis ce temps, et dans une autre intention sur laquelle je n'ai pas besoin de m'expliquer, j'ai soumis à une description détaillée le fait dont il s'agit. Je l'ai rapproché de quelques autres cas de même nature, tout au moins analogues sous beaucoup de rapports, que j'avais déjà observés. Cela ne pouvait pas être sans que ma pensée se reportât vers les notions un peu confuses que la science possède déjà sur l'angiectasie du tissu osseux, sans que je cherchasse à jeter quelque jour sur cette affection à l'aide des faits qui me sont propres. De tout cela est résulté un petit article de chirurgie clinique, qui n'est peut-être pas dénué d'intérêt. Il m'a paru convenable d'en donner connaissance à l'Académie, puisque je devais déjà lui offrir les prémisses du fait principal qui en a été l'occasion.

Que l'Académie veuille bien se figurer un moment que ce travail lui était particulièrement destiné. Au lieu de cela, c'est peut-être un fragment d'une œuvre plus étendue. En fût-il ainsi, je ne pense pas qu'il puisse perdre à être détaché du tout auquel il se rapporte.

Je l'ai dit autre part : malgré sa densité, le tissu osseux peut éprouver dans un os en particulier, ou dans une partie d'un os, une transformation analogue à celle qui dans les parties molles constitue les tumeurs fongueuses sanguines. Les vaisseaux capillaires, ceux surtout qui dépendent du système artériel, se développent extraordinairement; peut-être que lorsqu'ils sont ainsi amplifiés, le réseau qu'ils forment naturellement a pris une autre manière d'être ; peut-être sont-ils plus intriqués, ou autrement entrelacés, anastomosés. Toujours est-il qu'à mesure qu'ils se dilatent, et que le sang y afflue ou les pénètre en quantité plus considérable, il y a gonflement, ramollissement de la substance de l'os, distension, probablement même destruction des fibres propres, des lamelles si ténues qui composent cette substance ; et les choses arrivent à ce point que les couches extérieures de l'os, même celles qui sont formées de tissu compacte, se réduisent à une coque, à une sorte d'écorce mince, flexible, à travers laquelle on peut sentir les battements sourds de la tumeur, et qui finit par se briser, se partager en petites plaques isolées, si même elle ne disparaît pas complétement. C'est un état comparable à l'anévrisme : c'est un anévrisme, non d'une artère en particulier, mais du système capillaire d'un os.

Quelques os plats qui ont un diploé très prononcé, comme les os du crâne et ceux du bassin, et les parties des os des membres dans lesquelles le tissu spongieux abonde, c'est-à-dire les extrémités articulaires, en sont le siége le plus ordinaire; je ne sais pas même si l'on a jamais vu l'affection dont il s'agit se développer primitivement dans la partie la plus compacte d'un os, comme au milieu d'un os long. Il est remarquable aussi que dans les membres, et sans qu'il soit possible d'expliquer le fait, sans que l'esprit puisse trop concevoir la relation de la cause à l'effet, presque toujours une violence extérieure a précédé le développement de la maladie. C'est quelquefois une contusion, un coup, et plus souvent un effort supporté par l'articulation voisine, comme une entorse. On a noté cela dans presque tous les cas de tumeurs fongueuses san-

guines, ou d'anévrismes capillaires des os des membres qui sont consignés dans les annales de la chirurgie.

De même que celles des parties molles, lesquelles offrent encore des manières d'être plus diverses, ces tumeurs fongueuses sanguines des os ne sont pas toujours de nature simple ou bénigne; elles ne consistent pas toujours dans la seule ampliation des vaisseaux capillaires, ou ne constituent pas toujours une simple ostéo-angiectasie. Dans quelques cas, elles ont un certain caractère de malignité : on dirait qu'un élément cancéreux leur est ajouté; et avant même qu'elles aient pris un développement extraordinaire, avant qu'elles soient devenues la source d'hémorrhagies abondantes, elles font naître le cortége habituel des affections organiques les plus graves. Quelquefois aussi, sans tendre à la dégénération cancéreuse, elles sont remarquables par une force d'expansion et d'accroissement vraiment extraordinaire; et quand on vient à en faire l'analyse anatomique à la suite d'une opération par laquelle elles ont été enlevées, opération qui ne peut guère être que l'amputation d'un membre, ou bien après la mort des sujets pour lesquels la chirurgie n'aura rien eu à faire, ces tumeurs se trouvent formées d'éléments hétérogènes, et présentent quelquefois l'organisation la plus complexe. Il y a bien prédominance de l'élément vasculaire, ou du tissu fongueux vasculaire; on voit bien que le développement des vaisseaux, leur dilatation, un état anévrismal forme la partie principale de la maladie, et l'on peut faire dépendre encore de ces vaisseaux, d'abord simplement dilatés, puis déchirés, rompus, les petites cavernes, les petites poches, ou encore emplies de sang, ou occupées par des masses fibrineuses, qu'on trouve çà et là au milieu de la masse générale; mais certaines parties de la tumeur, tantôt fermes, compactes, tantôt ramollies et présentant des marques de dégénération encéphaloïde, indiquent bien qu'à la simple angiectasie se trouve jointe une altération organique d'une autre sorte, et ayant en soi un caractère plus grave. En cet état, les tumeurs fongueuses sanguines du tissu osseux touchent de bien près

à ces autres dégénérations des os connues sous les noms de spina-ventosa, d'ostéo-sarcome, qui ne paraissent être que des formes différentes du cancer des os, maladies assez imparfaitement décrites jusqu'à présent, et qui ne se prêteront peut-être jamais à ce que leur véritable caractère soit établi d'une manière exacte, tant elles offrent d'anomalies.

Ces principales variétés des tumeurs fongueuses sanguines des os n'ont pas toujours, même à l'inspection anatomique, des traits si prononcés, des caractères si marqués, qu'il soit facile de reconnaître chacune d'elles, ou de les distinguer nettement les unes des autres. Plus d'un observateur exact, en examinant une de ces tumeurs, est resté incertain de savoir de quelle sorte particulière elle était, à quel genre elle appartenait, et si, pendant la vie, il y aurait eu quelque chance de la guérir, en faisant que le sang cessât d'y aborder, ou si elle ne comportait d'autres ressources que l'ablation de la partie qui en était le siége. Et combien plus grandes encore sont les difficultés, quand on a à statuer d'après les seuls phénomènes observables de la maladie, quand on a pour seules bases du diagnostic les symptômes sous lesquels elle apparaît! Aussi voyez quel vague, quel embarras, j'ai presque dit quelle confusion règne dans les descriptions qui ont été données des tumeurs dont il s'agit; combien même on trouve à désirer dans la description des faits particuliers qui ont été recueillis. Ce n'a pas été toujours la faute des observateurs : cela a tenu bien plutôt à la nature même des choses qu'ils avaient eues à observer, ou des cas qu'ils ont mis en œuvre. Pour parvenir à faire mieux, il faudrait pouvoir disposer d'un nombre un peu considérable de faits divers, observés, étudiés sous tous les points de vue avec un soin rigoureux, minutieusement analysés, et comparés attentivement les uns aux autres. Cette tâche, je n'essaierai pas de la remplir : je craindrais de ne pas le faire à ma propre satisfaction. Quelques cas seulement de tumeurs fongueuses sanguines des os, bien caractérisées telles, ont passé sous mes yeux. Rarement même m'a-t-il été donné de les suivre jusqu'à leur dernière période, soit qu'étant inatta-

quables, elles aient dû avoir une issue funeste ; soit qu'à raison du lieu qu'elles occupaient, on ait pu leur appliquer quelqu'une des ressources de la chirurgie. A peine aussi ai-je pu les observer avec toutes les variétés de siége dont elles sont susceptibles ; et, des méthodes diverses de traitement qu'on peut leur opposer, je n'ai pu faire ou suivre que quelques applications isolées.

Le cas qui m'a fourni l'occasion des remarques qui précèdent, et que je ferai connaître en détail, est remarquable sous le double rapport de la méthode de traitement que j'ai cru pouvoir appliquer, et de l'événement qui a suivi. La méthode a été la ligature du tronc artériel principal du membre inférieur, ou de l'artère crurale, pour un anévrisme de l'extrémité supérieure du tibia ; et le résultat, la disparition complète de la maladie, sans accident ou sans aucun de ces phénomènes graves qui proviennent quelquefois du fait même de la ligature de l'artère. En faisant cesser l'abord du sang dans la tumeur, j'ai eu recours à l'un des trois seuls moyens que la chirurgie puisse opposer aux tumeurs fongueuses sanguines des os : les deux autres sont, l'ablation de la tumeur elle-même, sa séparation d'avec les parties saines de l'os qui en est le siége, et l'amputation, non plus seulement de la tumeur même, mais de toute la partie affectée. Aucun des autres secours que la chirurgie moderne dirige contre les tumeurs fongueuses sanguines des parties molles ne trouve ici son application ; de même qu'il n'y a à songer ni à la compression directe de la tumeur, ni à une opération imitée de l'opération de l'anévrisme par l'ouverture du sac, comme cela peut être fait, au contraire, pour un anévrisme proprement dit.

Quand on étudie avec soin les cas les plus avérés des tumeurs fongeuses sanguines des os dont l'histoire est déposée dans les annales de la science, on voit qu'il s'en trouve bien peu dans lesquels l'ablation de la tumeur elle-même eût été praticable sans de trop grands risques et avec quelque espoir de succès. C'est seulement à la tête et sur quelques parties du tronc, je le crois du moins, qu'on pourrait songer à user

d'une telle ressource. Je n'ai, du reste, à enregistrer ici aucune tentative de ce genre qui m'appartienne, et je n'en connais pas qui, par d'autres, ait été menée à une fin heureuse. Peut-être même que le cas suivant est unique en son genre.

Il doit y avoir maintenant sept ou huit ans que je fus consulté par une dame, originaire de la Suisse, qui avait au côté gauche du crâne une tumeur fongueuse sanguine, occupant la région pariétale dans presque toute son étendue, et dont le diploé avait dû être le siége primitif. Cette dame consulta probablement alors d'autres chirurgiens de Paris : je l'avais engagée à le faire, et à ne pas régler sa conduite d'après ma manière de voir seulement. Elle venait de terminer un long voyage sur mer, et avait quitté je ne sais plus quelle colonie lointaine, qu'elle avait habitée pendant un assez grand nombre d'années, pour venir chercher en France ou dans son pays natal des secours contre un mal dont elle connaissait toute la gravité. Elle faisait remonter l'origine de sa tumeur à trois ou quatre années, et en attribuait les premiers développements à une contusion qu'elle avait reçue à la tête. Que cette tumeur appartînt aux os, c'était chose très facile à constater; il ne pouvait pas y avoir le moindre doute à cet égard. Les parties molles extérieures du crâne étaient soulevées, un peu distendues, mais ne présentaient aucune ou presque aucune altération. D'un autre côté, il était manifeste que le développement anévrismatique de l'os, ou des os, s'était fait en partie vers l'intérieur du crâne; car la maladie était accompagnée de quelques phénomènes qui indiquaient que le cerveau était soumis à une légère compression, bien que la malade, tout épuisée qu'elle était par les souffrances, conservât la plénitude de ses facultés intellectuelles. Enfin, on distinguait, sur tous les points d'une circonférence tant soit peu irrégulière et contournée, les limites de la maladie et la continuité du tissu de la tumeur avec les parties saines de l'os. On voyait bien qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur née de l'intérieur du crâne, qui, par l'usure progressive ou la destruction des

parois osseuses, et en se creusant une ouverture de sortie, aurait fini par proéminer à l'extérieur sous les téguments, comme le font quelques tumeurs fongueuses de la dure-mère : non, il y avait continuité immédiate entre la partie saine des parois du crâne et la portion de ces parois qui avait éprouvé la transformation anévrismatique ; et la tumeur formée par la portion de l'os ainsi métamorphosée présentait des mouvements expansifs apparents à la vue, plus distincts encore au toucher, parfaitement isochrones aux battements des artères. On les affaiblissait, sans les suspendre complétement, en comprimant l'artère carotide primitive, et la proéminence de la tumeur n'éprouvait pas alors une diminution notable.

Le cas était des plus graves et des plus embarrassants. Je ne sais ce qu'ont pu dire d'autres personnes à Paris, si d'autres personnes ont été consultées. Quant à moi, je l'avoue, mon avis sur le parti qu'il y avait à prendre ne fut pas très explicite. On ne pouvait pas fonder des espérances raisonnables sur la ligature de l'artère carotide : il n'y avait de voie de salut pour la malade que dans l'ablation de la tumeur, ou plutôt de toute la portion des parois du crâne qu'elle avait envahie ; et la malade consentait à subir une opération de ce genre, quelque grave, quelque périlleuse qu'elle pût être. Elle était résignée à tout ce qu'on pourrait entreprendre pour la délivrer de son mal, tant elle en était obsédée, tant la vie lui était devenue insupportable. Probablement, elle n'avait une résolution prise à cet égard que par suite de la pensée que quelqu'un avait exprimée qu'il y avait possibilité d'entreprendre une opération. Je ne voulus pas déclarer à cette malheureuse dame que sa maladie était marquée au coin de l'incurabilité : je ne voulus pas non plus l'engager à se faire faire une opération qui devait présenter les plus grandes difficultés, et qui offrait si peu de chances de succès. Je n'osai ni la plonger dans un affreux désespoir, ni lui prescrire un parti qu'elle paraissait disposée à prendre, et pour lequel elle cherchait seulement à être encouragée. Malgré les in-

stances avec lesquelles me fut demandé un conseil plus positif, et par la malade elle-même, et par d'autres personnes qui s'y intéressaient, je me contentai de déclarer qu'il y avait rigoureusement possibilité d'enlever toute la portion des parois du crâne qui avait été envahie par la tumeur, mais en ajoutant que, même entre les mains d'un chirurgien habile, une telle opération était pleine de périls et des plus compromettantes pour la vie. A part moi, je formai le vœu bien sincère de ne pas être celui en qui la malade placerait sa confiance, le cas échéant où elle réclamerait impérieusement le seul secours que la chirurgie pût lui offrir.

Heureusement elle eut le désir de revoir sa famille qu'elle avait quittée depuis longtemps : elle savait que Genève lui offrirait de grandes ressources; qu'elle y trouverait des hommes habiles, aux mains desquels elle pourrait se livrer, et bien capables de mettre à exécution le parti vers lequel elle tendait, si ce parti leur paraissait offrir quelques chances favorables. Elle se rendit donc à Genève. J'ai su qu'une opération lui avait été pratiquée. On s'est décidé à entreprendre l'ablation de toute la portion des parois du crâne qui avait éprouvé un développement anévrismatique, probablement en anticipant sur les parties saines des os voisins. Je n'ai pas connu en détail les circonstances de cette opération ; j'ai su seulement qu'elle avait été des plus laborieuses. La malade y a succombé, mais non pas immédiatement, ou après très peu de temps, comme il y avait peut-être lieu de le craindre : il m'a été rapporté que plusieurs jours s'étaient écoulés avant la manifestation des accidents dont la mort a été le terme, et que, durant l'opération, la malade avait montré une résignation, un courage dignes d'un meilleur sort.

Les deux autres ressources que comportent les tumeurs fongueuses sanguines des os sont particulièrement applicables à celles de ces tumeurs qui affectent les os des membres. Je l'ai dit, ce sont d'une part, l'amputation du membre au-dessus des limites de la maladie, et d'autre part, la ligature du tronc artériel principal de ce membre, faite pareillement au-dessus

du siége de la tumeur, comme s'il s'agissait d'un anévrisme proprement dit. Ne semble-t-il pas, au premier abord, que le choix entre ces deux moyens ne peut être mis en question, puisque par l'un on vise à la conservation du membre qui est le siége de la maladie, tandis que par l'autre ce membre est sacrifié? Avoir recours au premier, c'est imiter ce qu'on fait pour le plus grand nombre des anévrismes des grosses artères; c'est appliquer aux tumeurs fongueuses sanguines des os ce que l'on a quelquefois entrepris avec succès pour les tumeurs fongueuses sanguines des parties molles. Mais, il faut le dire, ce n'est pas aux membres que, pour celles-ci, la ligature du tronc artériel principal par lequel elles étaient alimentées, convient le mieux. Je ne sais même pas si l'on a jamais réussi en liant ou l'artère crurale, ou l'artère brachiale, pour une tumeur fongueuse sanguine affectant l'une des parties ou du membre supérieur, ou du membre inférieur. On a fait, au contraire, avec bonheur un assez grand nombre de fois la ligature de l'artère carotide primitive pour des tumeurs fongueuses sanguines de la tête, particulièrement pour celles qui se développent à l'extérieur ou dans l'intérieur de l'orbite. La raison de ce dernier fait est, sans doute, dans l'espèce d'indépendance où se trouve l'artère ophthalmique. Une fois née de l'artère carotide interne dans l'intérieur du crâne, l'ophthalmique forme comme un petit système artériel à part, ayant à peine quelques communications, se joignant à peine par quelques anastomoses avec les autres parties du système artériel céphalique: de telle sorte qu'une tumeur fongueuse sanguine dont les premiers développements ont appartenu aux divisions capillaires de cette artère, ne peut guère être alimentée de nouveau par des artères collatérales après l'interception du cours du sang dans la carotide primitive. Tout au contraire, dans les membres, une maladie de cette sorte se reproduit facilement; ou plutôt elle ne disparaît pas, diminue seulement d'abord, puis fait de nouveaux progrès après, la ligature du tronc artériel principal du membre, en conséquence des communications ou des anastomoses successives de toutes les parties du sys-

tème artériel collatéral, surtout si la circulation s'est rétablie avec promptitude. Du moins c'est ainsi que les choses se sont passées dans quelques cas. Il est plus que probable qu'elles se reproduiraient encore de la sorte pour toute tumeur fongueuse sanguine des parties molles après la ligature de l'artère principale du membre; et il est bien peu de chirurgiens qui se hasarderaient à de nouvelles tentatives à cet égard.

Mais les tumeurs fongueuses sanguines des os ne sont-elles pas dans d'autres conditions? Ne peut-on pas espérer, pour une tumeur de cette sorte, un meilleur résultat de l'interception du cours du sang dans le tronc artériel du membre qui en est le siége? Je pense que oui. Dans les os, la circulation n'a pas, à beaucoup près, l'activité qu'elle présente dans les parties molles: les parties tant soit peu distinctes les unes des autres de l'appareil circulatoire d'un os, n'ont entre elles que de bien faibles communications, et ces communications n'ont lieu que par des vaisseaux d'une excessive ténuité; de même que cet appareil, pris dans son ensemble, dépend à peine, pour la circulation, des parties molles qui l'environnent. Il y a donc quelques chances pour qu'après la ligature de l'artère principale d'un membre, dont l'un des grands os est le siége d'une tumeur fongueuse sanguine, le sang ne soit rapporté dans cette tumeur, ni très promptement, ni avec beaucoup de force, ni en quantité considérable, et conséquemment pour que par cette ligature on obtienne une guérison complète de la maladie. Je n'entends pas dire, toutefois, que les choses doivent se passer favorablement dans tous les cas : il faut s'attendre à des revers. Mais les probabilités pour un résultat avantageux sont assez grandes pour qu'on doive, dans les tumeurs fongueuses sanguines des os, aux membres, tenter en premier lieu la ligature du tronc artériel principal du membre affecté, et n'en venir à l'amputation de ce membre qu'en cas de non-réussite du premier moyen.

Je ne crois pas qu'il y ait encore un bien grand nombre de faits connus dans la science, concernant cette application de la méthode de Hunter aux tumeurs fongueuses sanguines des os dans les membres : les cas qui la comportent sont rares. A cause

de cela, j'attache quelque importance aux deux faits suivants, les seuls que je possède, dont l'un semble déposer contre les avantages de la méthode dont il s'agit, ou, du moins, la montre comme ayant été suivie d'un résultat fâcheux, tandis que dans l'autre elle a eu toute l'efficacité désirable. Ce dernier est le plus récent des deux : c'est celui-là même qui a été l'occasion de toutes les remarques qui précèdent : il a, en quelque sorte, plus de valeur que l'autre, puisque, fût-il unique en son genre, il prouve, de la manière la plus positive, ce dont on pourrait peut-être encore douter, savoir, qu'une tumeur anévrismale affectant l'un des os longs des membres, il y a possibilité qu'elle cesse d'exister après l'interception du cours du sang dans le tronc artériel principal de ce membre, et nonobstant le rétablissement parfait de la circulation. Voici d'abord l'autre, qui est beaucoup plus ancien : il date de l'une des dernières années de mon exercice à l'hôpital de la Charité : c'est en 1830 que je l'ai recueilli.

Tumeur fongueuse sanguine de l'extrémité inférieure du radius au bras droit. Ligature de l'artère brachiale. Recrudescence et progrès ultérieurs de la maladie. Amputation de l'avant-bras. Mort du malade.

Un homme de trente-six ans, domestique, qui avait nom François Adriessens, est reçu le 5 novembre dans le service que nous dirigions en commun, M. Boyer et moi. Il était fort, bien constitué, et, à l'exception de quelques éruptions herpétiques légères, n'avait jamais eu de maladie, ni locale ni générale, avant l'apparition de celle qui le faisait entrer à l'hôpital. Il se rappelait que sept mois auparavant, ayant fait un effort assez considérable pour exprimer complétement une éponge imprégnée d'eau, il avait éprouvé, au moment même, une douleur vive au poignet droit, avec la sensation d'une sorte de déchirure. Bientôt une tumeur, très peu volumineuse d'abord, s'était montrée à la partie antérieure du radius, sous l'artère radiale, non loin de l'articulation du poignet, tumeur qui fit des progrès assez rapides. Moi-même,

je me rappelai que cet homme, m'ayant consulté dès le principe de sa maladie, ou lorsque la tumeur était encore peu développée, je l'avais considérée comme devant être une de ces tumeurs enkystées, peut-être du genre des hygromas, qui se montrent assez fréquemment derrière l'artère radiale, entre cette artère et le radius. Alors, rien ne m'avait fait présumer que l'os lui-même fût affecté : je n'avais pas reconnu de pulsations dans la tumeur. Elle n'en présentait pas encore de manifestes au moment où j'eus à l'observer de nouveau. Mais l'extrémité inférieure du radius était gonflée dans tous les sens, et la tuméfaction s'étendait jusqu'au-dessus du quart inférieur de l'os. On pouvait produire dans l'os, par des pressions en sens contraire, une fluctuation sourde, et l'on sentait fléchir sous le doigt la couche extérieure de substance compacte, convertie en une sorte de membrane sèche. Je laissai la maladie croître sous mes yeux pendant trois semaines ou un mois. Mais après ce laps de temps, toujours incertain sur sa nature, précisément à cause du manque de pulsations, je me décidai à faire à la tumeur une ponction exploratrice.

Cela fut fait le 29 novembre. Je me servis d'un bistouri à phimosis. La petite plaie donna issue à du sang, à du sang seulement, à du sang très vermeil, tel que celui qu'aurait pu fournir une artère ouverte dans quelque autre point du corps. Chose singulière, à partir de ce moment, les progrès de la maladie furent encore plus rapides qu'il ne l'avaient été jusqu'alors : la tumeur, en assez peu de temps, devint notablement plus volumineuse; elle devint aussi plus molle. De petites bosselures s'y manifestèrent comme si l'enveloppe extérieure s'était brisée sur plusieurs points. Enfin, des battements, non pas tels assurément que ceux d'une tumeur anévrismale, mais des battements manifestes, isochrones à ceux du pouls, s'y firent sentir : ils paraissaient plus forts, et devenaient presque sensibles à la vue, quand le bras était laissé pendant le long du corps : on les faisait cesser en comprimant l'artère brachiale; et, en même temps, la tumeur paraissait moins volumineuse et plus molle. La main semblait au malade

très pesante : le poignet était douloureux, et il y avait de la gêne dans les mouvements des doigts principalement, sans doute à cause du soulèvement de tous les tendons qui confinaient avec le radius, mais surtout de ceux des muscles fléchisseurs; car c'était du côté de la région palmaire de l'avant-bras que la tumeur avait pris le plus de développement.

Mes doutes sur le caractère de la maladie avaient cessé dès le moment où j'avais vu du sang artériel s'écouler par la petite ouverture faite avec un instrument étroit jusqu'au centre du radius ; déjà j'avais songé à une dégénération de la substance spongieuse de cet os. Ce fut chose plus certaine encore, qu'il s'agissait d'une tumeur fongueuse sanguine, d'une affection de nature anévrismale, d'un anévrisme des vaisseaux capillaires, quand vinrent à se manifester des pulsations isochrones aux battements des artères. Fallait-il abandonner cette maladie à ses progrès naturels, et attendre, pour agir, le moment où des végétations fongueuses se seraient développées à sa surface, où, par des ulcérations de la peau, le malade aurait pu être exposé à des hémorrhagies abondantes? Mais alors, il n'y aurait eu de ressource que dans l'amputation du membre. Aucuns auraient peut-être pensé que ce parti extrême était déjà le seul convenable, et qu'au point où la maladie était parvenue, il n'y avait rien à espérer de la ligature de l'artère brachiale. Je me décidai, au contraire, à tenter la conservation du membre, me réservant d'en venir à l'amputation de l'avant-bras si je n'obtenais point un résultat avantageux de la ligature de l'artère brachiale. Ainsi que je vais le dire, mes espérances ont été trompées doublement : je n'ai réussi ni de l'une ni de l'autre manière. Cependant je ne crois point avoir mal fait. J'agirais encore semblablement en pareille circonstance : la résolution que j'avais prise de pratiquer la ligature de l'artère brachiale, avant d'en venir à l'amputation du membre, je m'y abandonnerais encore, pareil cas échéant, et maintenant surtout que j'ai obtenu au membre inférieur le succès dont je rendrai compte plus bas.

Je proposai donc au malade cette ligature de l'artère brachiale, tout en le prévenant de ce qui pourrait arriver, savoir, que le sacrifice de la partie principale de son membre devînt indispensable. Il consentit à la première opération. Je la lui fis le 7 décembre. L'artère humérale fut embrassée à peu près au milieu du bras dans deux ligatures rubanées, placées immédiatement l'une au-dessus de l'autre, ligatures que je nouai, chacune séparément, sur un petit cylindre de sparadrap mis en contact avec l'artère. C'est dire que l'opération fut pratiquée comme s'il s'était agi de la méthode de Hunter, appliquée à un anévrisme, ou spontané, ou faux consécutif, soit de l'artère brachiale au pli du bras, soit de l'une des artères de l'avant-bras. Les ligatures et le cylindre de sparadrap, sur lequel elles étaient nouées, tombèrent seulement le 29 décembre, vingt-troisième jour de l'opération.

Immédiatement après l'interception du cours du sang dans l'artère brachiale, la tumeur du radius s'affaissa sensiblement: elle cessa de battre ; des veines dilatées, qui en sillonnaient la surface, parurent reprendre leur calibre naturel. Bientôt aussi, il y eut diminution dans le sentiment de pesanteur, qui, dans les derniers temps, avait été si importun, si fatigant pour le malade; et les tendons placés sur presque toute la périphérie de la tumeur, étant moins distendus, les mouvements des doigts isolément, et ceux de la main en totalité, devinrent plus libres. J'avais fait appliquer de la glace sur le poignet pour obtenir une sorte de refoulement du sang, qui pouvait revenir trop promptement dans la tumeur, en conséquence du rétablissement trop facile de la circulation; et, malgré cela, la main conserva sa température naturelle : peut-être même y eut-il une légère augmentation en chaleur; c'est ce qui arrive assez souvent après la ligature de l'artère principale d'un membre, quand la vie doit persister, et cela, sans doute, à cause de l'activité plus grande de la circulation capillaire.

Le même état favorable se maintint jusqu'à la chute des ligatures, ou plutôt la diminution de volume de la tumeur fit des progrès, très lents à la vérité, au-delà même de ce temps,

sans retour d'aucun des phénomènes dont la maladie s'était montrée accompagnée; et ce décroissement de la tumeur, je crus devoir le favoriser, le hâter au moyen d'une légère compression directe faite avec une simple bande. Je commençai l'application de ce bandage roulé sur la tumeur, à partir du moment où les ligatures furent tombées, et où il ne pouvait plus y avoir d'incertitude sur le rétablissement parfait de la circulation dans le membre. Les choses se passèrent ainsi jusque vers le milieu du mois de janvier 1831. Il y avait alors cinq semaines que l'artère humérale avait été liée, et ce temps s'était écoulé sans accidents aucuns dépendants de la ligature elle-même, ou de l'action de celle-ci sur l'artère, dont le travail d'oblitération s'était accompli régulièrement.

Mais à cette époque, c'est-à-dire vers le milieu du mois de anvier, la tumeur du radius, qui subsistait encore, mais à un degré peu considérable, redevient douloureuse; bientôt elle acquiert plus de volume; et, bien que des pulsations tardent un peu à s'y faire sentir de nouveau, il y a manifestement récidive, ou recrudescence de la maladie. Les progrès en sont rapides: en très peu de temps la tumeur a dépassé les limites auxquelles elle était parvenue primitivement; elle paraît plus bosselée, avec des pulsations plus fortes; et ce qu'il y a de remarquable, tout le membre supérieur, mais l'avant-bra surtout, éprouve un amaigrissement considérable. Les choses s'aggravèrent à tel point, et si promptement, que dès la fin du mois de février, environ six semaines après les premiers indices de la recrudescence de la tumeur, le malade ne pouvait plus sauver ses jours qu'en subissant l'amputation de l'avant-bras. C'était le dernier secours que la chirurgie pût lui offrir. Il l'accepta sans hésitation, comme sans fâcheux pressentiment; et moi-même j'avais espéré que ce malheureux homme aurait du moins la vie sauve pour prix du sacrifice auquel il consentait. Mais je fus trompé dans mon attente.

Il fut amputé le 2 du mois de mars. Je fis l'opération par la méthode circulaire, bien qu'en général, pour l'avant-bras, l'amputation à lambeaux soit ma méthode de prédilection

Je pratiquai l'autre, parce qu'une forte pronation dans laquelle la main était maintenue, ne permettait pas que les deux os de l'avant-bras fussent mis dans l'état de parallélisme sans lequel on ne peut que très difficilement pratiquer l'amputation à lambeaux. J'eus à lier beaucoup de petites artères, d'où le sang ruisselait et coulait en nappe plutôt qu'il n'en jaillissait. Et contre mon habitude assez générale, sinon constante, et parce que j'avais eu à placer un si grand nombre de ligatures, je ne réunis pas la plaie : elle fut laissée béante. Le premier appareil fut maintenu en place jusqu'au commencement du cinquième jour. Ce jour-là, l'état de la plaie était satisfaisant; aucun accident d'ailleurs ne s'était manifesté pendant ceux qui avaient précédé. Mais dès le lendemain, le malade est abattu; toute la surface de son corps a pris une teinte ictérique; la plaie du moignon présente une sécheresse remarquable, en même temps qu'une couleur noirâtre; et cependant ces symptômes n'avaient point été précédés de ces frissons irréguliers, alternant avec des émissions également irrégulières d'une sueur plus ou moins abondante, ordinairement un peu visqueuse, qui sont le prélude ordinaire de la résorption et de l'infection purulentes. Moins ces frissons et les bouffées de moiteur, les phénomènes de cette résorption prirent un caractère remarquable d'acuité : le malade succomba le 11 mars, neuf jours seulement après avoir été amputé.

A l'ouverture du corps, on ne trouva pas de traces de phlébite dans le membre qui avait été opéré; mais nous trouvâmes de nombreux foyers purulents, ou plutôt des abcès métastatiques à différents degrés de formation et de développement dans chacun des deux poumons.

Après l'amputation, j'examinai la tumeur du radius avec beaucoup de soin. Elle était parfaitement limitée du côté du corps de l'os; tous les tendons du poignet, écartés les uns des autres et fortement soulevés, étaient presque tous comme renfermés dans des gouttières creusées à la surface. Il n'y avait plus que quelques lamelles éparses de la couche compacte de l'os, et tout le tissu de la tumeur avait une couleur brune très foncée. Ce tissu présentait, au centre, des aréoles

de grandeur diverse qui contenaient du sang, en partie liquide, en partie coagulé; vers la circonférence il avait l'apparence du squirrhe très ramolli. C'était peut-être la même substance à l'intérieur et à l'extérieur, mais d'autant moins aréolaire, d'autant moins colorée et moins pénétrée de sang, ou, si mieux l'on aime, d'autant plus homogène et plus ferme, tout en étant très friable, qu'on la considérait plus près de la périphérie de la tumeur. Le radius était donc complétement détruit dans le quart ou presque le tiers inférieur de son étendue; le périoste avait complétement disparu, on n'en voyait pas le moindre débris; mais en bas, du côté de la main, toute la masse dégénérée était séparée de l'articulation par le cartilage d'encroûtement qui avait conservé toute son intégrité, et formait là comme une sorte de cloison mobile.

C'est un résultat bien différent que j'ai maintenant à faire connaître. Le second fait n'a de commun avec le précédent que le caractère essentiel de la maladie; encore peut-on se demander si ces deux cas ne présentent pas, le premier, un exemple d'une affection vasculaire des os compliquée d'un élément cancéreux, et l'autre, le cas d'une angiectasie de la substance spongieuse d'un os, pure, simple, et sans association d'aucun autre élément pathologique, sans caractère de malignité.

Tumeur fongueuse sanguine artérielle, ou anévrisme des vaisseaux capillaires de toute l'extrémité supérieure du tibia de la jambe gauche. Ligature de l'artère fémorale au bas de l'espace inguinal. Point d'accidents consécutifs. Rétablissement de la circulation dans le membre. Diminution progressive de la tumeur, et retour de l'os à ses formes naturelles. Guérison complète de la maladie.

Le 5 février de cette année (1844) fut reçu à l'Hôtel-Dieu, et placé dans mon service, le nommé Philibert Moreau, originaire de Chailly-le-Bas, département de la Côte-d'Or. C'était un homme âgé de vingt-cinq ans, de moyenne stature, qui avait été livré aux travaux de la

campagne ; il était charretier. Il avait les cheveux, les sourcils et les cils châtain clair, les yeux bleus ; la peau de son visage était couverte de taches de rousseur, et ses membres étaient médiocrement développés. Rien dans sa constitution, d'apparence mi-sanguine, mi-lymphatique, n'indiquait qu'il dût être particulièrement prédisposé à des affections des os, ni du système circulatoire. A peine avait-il été deux ou trois fois obligés de suspendre, pour de très courts moments, ses travaux habituels par des incommodités légères. Il n'a jamais eu de maladies vénériennes ; il affirme même n'avoir jamais couru le risque d'en contracter. Ses manières honnêtes et calmes, ses habitudes de piété, et toute sa tenue pendant le temps assez long qu'il est resté soumis à mes soins, m'ont fait penser qu'il avait dit la vérité sous ce rapport.

Il connaissait l'origine de sa maladie, ou du moins il se rappelait une circonstance qui, selon toute probabilité, en effet, en avait été la cause déterminante. Il nous raconta qu'un jour se trouvant seul dans une carrière, occupé à charger des pierres sur une voiture, il fit de grands efforts pour en charger une qui était très pesante ; et que dans un moment où sa jambe gauche était mal posée sur un sol un peu glissant, il ressentit une douleur très vive au-dessous du genou. Dix-huit mois s'étaient écoulés depuis cet événement, après lequel s'était déclarée une douleur permanente, qui n'empêcha cependant pas cet homme de continuer ses travaux habituels. Pendant les deux ou trois mois qui suivirent immédiatement, la partie supérieure de la jambe conserva son volume naturel; mais au bout de ce temps environ une élévation, une petite tumeur parut sur le condyle externe du tibia : bientôt ce fut un gonflement de toute l'extrémité supérieure de cet os, gonflement dont les progrès, d'abord très lents, ont été fort considérables et très rapides depuis quelques mois. Puis, dans cette partie tuméfiée du tibia, s'étaient manifestées des pulsations qui, selon ce que le malade avait lui-même remarqué, correspondaient aux mouvements de son cœur. L'apparition de ce phénomène datait seulement de six ou huit mois ; et ces battements, ces mouvements expansifs de

toute la tumeur étaient bien distincts à la vue, mais plus encore au toucher ; et le malade en ressentait comme le contre-coup dans toute la jambe, quand celle-ci était placée sur un plan horizontal et un peu fléchie. Depuis quelque temps les souffrances avaient beaucoup augmenté : de la tumeur elles s'étaient étendues à tout le genou ; le malade les éprouvait surtout quand il marchait, ce qu'il ne pouvait faire qu'en boitant et en éprouvant une fatigue extrême, bientôt accompagnée d'un gonflement notable de la jambe et du pied. Il avait donc dû cesser de travailler, et était venu chercher à Paris les secours de la chirurgie. On n'avait jusque là opposé à sa maladie que des applications médicamenteuses insignifiantes, qui n'avaient produit aucun effet sensible.

Tels furent les renseignements que donna le malade dès que j'eus fait un premier examen de l'affection dont sa jambe gauche était le siége. Mais, chose singulière, il n'avait encore rien dit sur la manière dont la tumeur du tibia s'était développée ; je ne savais rien encore des phénomènes qu'il avait observés, et déjà j'avais porté ma main sur cette tumeur, exprès pour reconnaître si elle présentait des battements. Je ne sais par quel pressentiment, ou par quelle vue de mon esprit, j'en avais soupçonné tout d'abord le caractère : soudain il m'était venu à la pensée, sans doute à cause de la forme de la tumeur, probablement aussi parce que je la voyais limitée au tibia, sans que le genou y prît la moindre part, qu'il s'agissait d'un tumeur fongueuse sanguine du tibia : et cependant c'était, quant au siége, le premier cas de ce genre que j'observais.

Bien que toute l'extrémité supérieure du tibia fût notablement tuméfiée, cependant il y avait une tuméfaction plus prononcée à la partie externe, ou, pour mieux dire, il y avait là comme une tumeur distincte, de la grosseur du poing environ, placée au-devant de la tête du périnée, et qui en dedans dépassait de beaucoup la crête du tibia. Toute trace de la tubérosité externe avait disparu. Cette tumeur était oblongue ; elle avait son grand diamètre dans le sens de l'axe de l'os, et ses limites inférieures à 9 ou 10 centimètres envi-

ron de l'articulation du genou. La surface en était sillonnée par quelques veines variqueuses. Les téguments qui la recouvraient avaient une teinte légèrement rosée, sans qu'on pût dire qu'ils fussent enflammés. Comme ils étaient manifestement distendus et un peu amincis, on pouvait toucher la tumeur presque immédiatement, et l'on remarquait que sa surface était régulière, sans bosselure, mais de consistance inégale dans les différents points. Sur quelques uns, elle avait la dureté du tissu osseux; sur d'autres, seulement la consistance du tissu cartilagineux; et sur quelques uns enfin elle était molle, dépressible : sur ceux-ci, la peau fléchissait; on sentait un fluide qui fuyait sous le doigt, et en même temps de petits corps solides qui paraissaient mobiles. Je l'ai déjà dit, il y avait dans toute la tumeur des battements, des pulsations, ou plutôt des mouvements expansifs, dont l'isochronisme avec les battements du pouls était manifeste. Mais ces mouvements étaient un peu en retard avec les pulsations de l'artère radiale. On les faisait cesser en comprimant l'artère fémorale au pli de l'aine; alors aussi la tumeur devenait un peu moins saillante, plus souple, moins tendue : puis elle reprenait en un instant son volume primitif, et les battements s'y manifestaient de nouveau, toujours distincts à la vue, mais plus sensibles au toucher, dès que l'artère crurale n'était plus comprimée. Vingt fois, jusqu'au jour où je me suis décidé à intercepter complétement le cours du sang dans cette artère, où j'ai cru devoir soumettre le malade à l'opération par la méthode de Hunter, la même expérimentation a été faite, le même moyen de bien établir le vrai caractère de la maladie a été mis en usage, et toujours les mêmes circonstances se sont manifestées. Mais par l'auscultation on ne découvrait aucun bruit de souffle dans la tumeur. Du reste, tout l'appareil circulatoire était dans un état parfait d'intégrité, autant toutefois qu'ont pu l'apprendre les investigations les plus minutieuses.

Nul doute assurément que la tumeur du tibia qui se montrait sous ces apparences ne fût une tumeur fongueuse sanguine essentiellement ou principalement artérielle. Était-

elle tout-à-fait simple, ou purement anévrismale? ou bien quelque état pathologique autre que la simple dilatation des vaisseaux nourriciers du tissu osseux, était-il associé à cette dernière, ce qui aurait imprimé à la maladie un caractère composé? Je restai dans l'incertitude à cet égard; et si ce n'est pour quelques cas extraordinaires, ou assez rares, je ne saurais dire d'après quelles circonstances, d'après quels phénomènes de la maladie, on pourrait établir des caractères distinctifs de quelque valeur pour les différentes sortes de tumeurs fongueuses sanguines des os. Néanmoins, pour le cas en question, j'aimai mieux présumer qu'il s'agissait d'une tumeur simplement anévrismale du tibia, ou d'une tumeur fongueuse sanguine de nature bénigne, c'est-à-dire sans autre altération que celle du système vasculaire. Ce n'est pas à dire que je n'eusse pas quelque appréhension qu'il en fût autrement; je savais très bien que si je me décidais à faire la ligature de l'artère crurale, le malade se trouvait exposé à deux éventualités fâcheuses; il pouvait y avoir persistance ou recrudescence de la tumeur par le fait du retour trop facile et trop prompt du sang artériel dans la substance même de la tumeur, ou bien progrès ultérieur de celle-ci à raison du caractère de malignité qu'elle pouvait avoir.

Nonobstant cette double crainte, et malgré le triste souvenir de ce que j'avais eu à observer consécutivement à la ligature de l'artère brachiale dans le cas de tumeur anévrismale du radius que j'ai rapporté plus haut, je ne pus me décider à proposer au malade dont je parle maintenant l'amputation de la cuisse, opération dont j'aurais eu bien de la peine à lui faire comprendre la nécessité, et à laquelle, probablement, il n'aurait pas consenti. Il n'hésita pas un moment, au contraire, quand je lui parlai de lui faire la ligature de l'artère principale du membre; et, de mon côté, je voulus soumettre à une nouvelle épreuve cette autre ressource de la chirurgie, ressource moins cruelle, contre les tumeurs anévrismales des os.

Il n'y avait pas de raison pour temporiser, ou du moins pour laisser prendre à la maladie un plus grand développe-

ment. Je laissai seulement s'écouler quelques jours pendant lesquels les élèves nombreux qui suivaient ma clinique purent bien observer la maladie ; pendant lesquels je me fortifiai dans la résolution que j'avais prise ; pendant lesquels enfin le malade put se familiariser avec les personnes et les choses qui l'entouraient, et s'habituer à l'air de l'hôpital.

J'opérai le malade le 14 février. C'était la soixante-treizième ligature d'une grosse artère que je pratiquais. L'opération fut faite comme s'il s'était agi d'un anévrisme de l'artère poplitée, auquel j'aurais voulu appliquer la méthode de Hunter, en suivant le procédé de Scarpa ; et selon mon habitude constante, je passai sous l'artère deux ligatures plates, composées chacune de quatre ou cinq brins de fil, et qui, placées immédiatement l'une au-dessous de l'autre, furent nouées séparément sur un petit cylindre fait avec une pièce de sparadrap. J'ai fait peu de ligatures d'une grosse artère, et en particulier peu de ligatures de l'artère crurale, qui m'aient plus satisfait sous le rapport de l'exécution. L'artère avait été mise à découvert très promptement ; je n'avais éprouvé aucune difficulté pour l'isoler de sa veine satellite ; et peu d'instants m'avaient suffi pour arriver au terme de cette opération. Il faut croire cependant que quelques filets nerveux avaient été compris avec l'artère dans la ligature, car au moment où je fis agir celle-ci, pour intercepter le cours du sang, le malade jeta quelques cris, et accusa ressentir une douleur vive. C'est dans ce moment seulement qu'il a paru souffrir.

Immédiatement après la constriction de l'artère, la tumeur est devenue plus molle : elle s'est affaissée ; elle a cessé de battre. Bientôt aussi, le malade s'est plaint de ressentir de l'engourdissement dans toute la longueur du membre ; et, à peine avait-il été transporté de l'amphithéâtre à son lit, qu'on remarqua dans la jambe un abaissement notable de la température. La plaie n'avait pas été réunie : je l'avais recouverte d'un appareil simplement défensif, en évitant toute compression sur la cuisse. Il fallut songer ensuite aux moyens qui sont mis ordinairement en usage pour

entretenir la chaleur naturelle dans un membre, et faciliter le rétablissement de la circulation après la ligature de l'artère principale. La jambe et la cuisse, placées de manière à reposer sur le côté externe, et dans la demi-flexion l'une sur l'autre, furent entourées de sachets remplis de sable chaud, qu'on eut l'attention de changer plusieurs fois par jour, et auxquels, après quelque temps, on substitua des pièces d'étoffes de laine également bien chaudes. Pour remplir la même indication, j'aimerais assez employer des cataplasmes appliqués sur toute la surface du membre, si les cataplasmes ne se refroidissaient pas si promptement. Quelquefois il m'est arrivé de faire placer près de la plante du pied, sur les côtés de la jambe et de la cuisse, pour le membre inférieur, ou près de la main et de l'avant-bras, au membre supérieur, des boules d'étain ou des bouteilles de grès remplies d'eau très chaude.

Consécutivement à l'opération dont je viens de rapporter les principales circonstances, tout s'est passé de la manière la plus heureuse, soit quant à la marche de la plaie, soit quant à ce qui pouvait tenir à la ligature même de l'artère, et à l'interception du cours du sang, soit enfin quant à la maladie contre laquelle ce moyen avait été dirigé. Dès la levée du premier appareil, le cinquième jour, la plaie était en pleine suppuration. Cette suppuration a été d'abord assez abondante pour que certains jours il ait fallu que les pansements fussent faits deux fois dans les vingt-quatre heures. Cela a continué ainsi jusqu'à la chute des ligatures; mais, à partir de ce moment, la plaie a suppuré moins abondamment, et le travail de la cicatrisation s'est opéré avec assez de promptitude.

D'un autre côté, rien de ce qu'il y a à redouter, après toute ligature d'une artère considérable, surtout de l'artère principale d'un membre, ne s'est manifesté. Les deux ligatures qui embrassaient l'artère crurale sont tombées le dix-septième jour après l'opération, entraînant avec elles le cylindre sur lequel elles étaient nouées. Il n'y avait point eu d'hémorrhagie consécutive auparavant; il n'y en a point eu

plus tard; et en même temps que s'accomplissait d'une manière si régulière le travail qui devait rendre l'artère crurale imperméable au sang, là, du moins, où elle avait été embrassée par les ligatures, les vaisseaux collatéraux suffisaient à l'entretien de la circulation dans le membre. Dès les premiers jours qui ont suivi l'opération, on a pu remarquer que le pied et la jambe avaient recouvré leur sensibilité et leur température naturelle, et qu'il n'y avait plus à craindre le développement d'un sphacèle. Dans aucun point même, la peau n'a été menacée de ces mortifications bornées, qui donnent lieu à des escarres, et qu'on observe quelquefois sur la région dorsale du pied, ou près de la malléole externe, alors même que la conservation générale du membre est assurée. Rien, dans ce qu'on peut avoir à redouter après toute ligature considérable, surtout de l'artère principale d'un membre, ne s'est manifesté. Il n'y a pas eu un moment d'incertitude quant au résultat heureux de l'opération sous ce rapport. Je dois ajouter que la santé générale du sujet opéré n'a pas souffert un seul instant : à peine a-t-il eu un léger mouvement fébrile pendant les quelques jours durant lesquels s'est établi le travail de la suppuration dans la plaie; le pouls ne s'est jamais élevé au-dessus de soixante-dix pulsations.

Maintenant, qu'est-il advenu par rapport à la tumeur du tibia? J'ai dit que soudain elle s'était affaissée, et que tout battement y avait cessé après l'application des ligatures sur l'artère crurale. Ce changement subit s'est maintenu, ou plutôt a été le premier des phénomènes par lequel s'est opérée une guérison complète. La tumeur a diminué insensiblement de volume : insensiblement aussi, elle a pris une consistance plus considérable. Aucune pulsation ne s'y est reproduite, et probablement il y a eu resserrement progressif des loges, des cellules, des petites cavernes, dont l'extrémité supérieure du tibia était creusée, en même temps que conversion en petites masses fibrineuses du sang qui est resté contenu dans les anfractuosités de l'os. Ç'a dû être quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans un anévrisme pro-

prement dit, après une ligature du tronc artériel qui en est le siége, pratiquée du côté du cœur, à quelque distance de la tumeur. Seulement, en général, celle-ci diminue de volume assez promptement; il faut assez peu de temps, c'est-à-dire quelques semaines au plus pour qu'elle ait éprouvé toute la réduction, tout le retrait dont elle est susceptible, pour qu'elle soit transformée en une sorte de noyau solide. Au contraire, et cela devait être, à raison de la contexture de l'organe affecté, c'est par des degrés presque inappréciables que s'est effacé le relief que la tumeur formait au côté externe de l'extrémité supérieure du tibia, elle-même manifestement augmentée de volume dans sa totalité. C'est avec la même lenteur que toute cette partie de l'os est rentrée dans ses limites naturelles. Il y eut un moment où, dans le but d'accélérer un peu ce double changement, j'avais cherché à produire un refroidissement artificiel dans la tumeur par des applications d'éther sur sa surface; et, en même temps, je soumettais le genou à une légère compression : cela fut fait à une époque où la vie du membre était assurée, où tout était obtenu, quant au rétablissement de la circulation.

Soit donc par les seuls efforts de la nature après l'interruption du cours du sang dans l'artère crurale, soit un peu avec l'assistance des moyens que je viens d'indiquer, dont l'action, je le pense bien, n'a pas dû être très puissante, le mouvement rétrograde de l'affection du tibia s'est accompli lentement, il est vrai, mais sans la moindre interruption. La plaie que j'avais faite pour mettre l'artère crurale à découvert était entièrement cicatrisée à la fin du mois de mars. Dès ce moment, et bien qu'à cette époque l'extrémité du tibia fût encore volumineuse, et la tumeur elle-même bien apparente, j'aurais peut-être pu, sans inconvénients, permettre au malade de quitter le lit, au moins pour quelques instants chaque jour. Je l'y retins cependant et pour longtemps encore; car il n'a commencé à se lever que dans les premiers jours du mois de juin. J'ai voulu que la nature ne fût point troublée dans l'œuvre de réorganisation de la partie du tibia qui avait été si profondément altérée dans sa

structure. D'ailleurs, l'articulation du genou a conservé encore une grande rigidité ; la jambe restait opiniâtrement à demi fléchie sur la cuisse, bien qu'il n'y eût point d'ankylose véritable, et le malade souffrait chaque fois qu'on voulait la ramener dans l'extension. Il était donc prudent d'attendre que, par un changement favorable plus prononcé dans la conformation du tibia, le genou fût devenu plus mobile, et que les mouvements de la jambe pussent se faire avec plus de facilité et sans risque aucun pour la maladie.

Le malade ne m'a pas quitté aussitôt que je lui ai eu permis de sortir du lit et de marcher, ce qu'il n'a fait en premier lieu qu'avec beaucoup de prudence et de ménagements, et pendant plusieurs jours en se servant de béquilles. Je l'ai gardé aussi longtemps que cela m'a été possible, afin d'être témoin des derniers efforts de la nature pour la guérison de sa maladie. Il est sorti de l'Hôtel-Dieu dans les premiers jours du mois de juillet seulement. Ainsi donc, pendant encore un mois, on a pu observer de nouveaux progrès dans l'état déjà si satisfaisant du tibia. L'extrémité supérieure de cet os a continué à diminuer de volume ; et, lorsque le malade a quitté Paris pour retourner dans sa famille, quinze jours ou trois semaines après sa sortie de l'hôpital, il s'en fallait de bien peu que toute trace, je ne dirai pas seulement de la maladie de l'os, mais du changement de volume et de forme que le tibia avait éprouvé dans sa partie supérieure, par le fait de cette maladie, eût disparu complétement. Là où le mal avait existé, l'os paraissait un peu irrégulièrement configuré ; il était encore un peu plus volumineux que dans l'état naturel, et peut-être restera-t-il tel indéfiniment ; mais aucun point de sa surface n'était mou, ni dépressible sous le doigt ; il n'y avait pas l'ombre de pulsation : partout il avait sa dureté normale. S'il différait à la vue de l'os du côté opposé, c'était à un bien faible degré. Cependant l'articulation du genou conservait quelque peu de roideur ; elle ne jouissait pas encore de toute la liberté de ses mouvements ; surtout l'extension de la jambe sur la cuisse ne se faisait pas encore complétement. Le malade avait donc quelque chose à espérer du

temps sous ce dernier rapport, bien qu'il fût déjà dans la possibilité de reprendre ses travaux. C'est en cet état que je devais le présenter à l'Académie, au mois de juillet dernier; et dès cette époque, on aurait pu remarquer que la tumeur fongueuse sanguine du tibia avait disparu complétement, et que rien, rien absolument, n'indiquait une disposition, une tendance quelconque à la recrudescence de la maladie.

Depuis ce temps, la guérison s'est consolidée, ou plutôt elle est devenue plus certaine, plus positive; l'articulation du genou a gagné encore, quant à la liberté des mouvements, et Philibert Moreau a repris ses occupations à la campagne. Je l'ai dit, il habite un petit village voisin de Semur, dans le département de la Côte-d'Or. Un médecin, qui, après avoir été un de mes élèves il y a dix ou douze ans, est maintenant établi à Semur, où il jouit d'une considération méritée, M. Judrin, a bien voulu, sur l'invitation que je lui en ai faite, chercher à connaître l'état présent de cet homme : c'est par lui que j'ai appris, il y a très peu de temps, les dernières circonstances que je viens de relater.

Voilà, si je ne me trompe, un beau cas, un cas remarquable de la ligature de l'artère principale d'un membre, appliquée avec succès au traitement d'une tumeur fongueuse sanguine du tibia, ou, pour m'exprimer autrement, un bel exemple de guérison d'une tumeur anévrismale du tibia, par la ligature du tronc artériel principal du membre dont cet os faisait partie. C'est le fait que je voulais particulièrement mettre en lumière; on en trouverait bien peu, peut-être n'en trouverait-on pas d'analogues dans les annales de notre chirurgie moderne. Je désire qu'il ait fait sur l'Académie une impression proportionnée à l'intérêt que j'y attache, et au plaisir que j'ai eu à le lui communiquer.

—